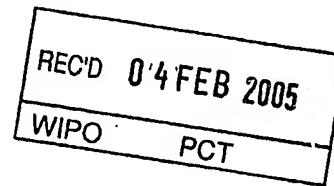


BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

23. 12. 2004



EP04/14656



**Prioritätsbescheinigung über die Einreichung
einer Patentanmeldung**

Aktenzeichen: 103 61 258.0

Anmeldetag: 24. Dezember 2003

Anmelder/Inhaber: SCHWARZ PHARMA AG, 40789 Monheim/DE

Bezeichnung: Verwendung von substituierten 2-Aminotetralinen zur vorbeugenden Behandlung von Morbus Parkinson

IPC: A 61 K, A 61 P

Die angehefteten Stücke sind eine richtige und genaue Wiedergabe der ursprünglichen Unterlagen dieser Patentanmeldung.

München, den 22. Juni 2004
Deutsches Patent- und Markenamt
Der Präsident
Im Auftrag

Hintermeier

PRIORITY DOCUMENT
SUBMITTED OR TRANSMITTED IN
COMPLIANCE WITH
RULE 17.1(a) OR (b)

Verwendung von substituierten 2-Aminotetralinen zur vorbeugenden Behandlung von Morbus Parkinson

5 Die Parkinson'sche Krankheit ist die Folge einer chronisch-fortschreitenden Degeneration von Neuronen, deren Ursache noch nicht völlig aufgeklärt ist. Sie wird klinisch manifest in Form der Kardinalsymptome Ruhetremor, Rigor, Bradykinesie und posturale Instabilität.

Als Medikamente zur Linderung der motorischen Symptome werden in erster Linie

10 Levodopa, Dopaminagonisten, wie z.B. Rotigotin, Pramipexol, Bromocriptin, Ropinirol, Cabergoline, Pergolid, Apomorphin und Lisurid, Anticholinergika; NMDA-Antagonisten, β -Blocker sowie der MAO-B-Inhibitor Selegelin und der COMT-Inhibitor Entacapone eingesetzt. Diese meisten dieser Wirkstoffe greifen in die dopaminerige und/oder cholinerge Signalkaskade ein und beeinflussen auf diese Weise symptomatisch die

15 Parkinson-typischen Bewegungsstörungen.

Die bisherige Therapie der Parkinson'schen Krankheit setzt beim Eintreten der Kardinalsymptome ein. Eine Parkinson'sche Krankheit gilt klinisch im allgemeinen als nachgewiesen, wenn mindestens zwei der vier Kardinalsymptome (Bradykinesie, Ruhetremor, Rigor und posturale Instabilität) zu finden sind und L-Dopa anspricht (Hughes, J Neurol Neurosurg Psychiatry 55, 1992, 181). Unglücklicherweise treten die motorischen Störungen bei Parkinson-Patienten aber erst auf, wenn ca. 70-80 % der dopaminerigen Neurone in der Substantia Nigra (SN) irreversibel geschädigt sind (Becker et al, J Neurol 249, 2002, Suppl 3:III, 40; Hornykiewicz, Encyclopedia of Life Science 2001, 1). Die Chance einer nachhaltigen Therapie zu diesem Zeitpunkt sind nur noch gering. Daher ist es wünschenswert, die Therapie so früh wie möglich einzusetzen zu lassen.

30 Aktuelle klinische Beobachtungen sowie anatomische und genetische Untersuchungen zeigen nun, dass sowohl die Diagnose von Parkinsonpatienten in frühen Stadien als auch die Identifizierung von Risikopatienten möglich ist.

Als diagnostische Marker können dabei beispielsweise herangezogen werden:

- Biochemische Marker, wie Neuromelanin (Gerlach, Neurotox Res 5,2003, 35; WO 02/31499), S-100 beta (Muramatsu, Glia 42, 2003, 307), das alpha-Synuclein (WO 03/069332; WO 00/02053) oder das parkin-Protein (Sharma, Neurol Clin N Am 20, 2002, 759) sowie Semaphorin (Wo 03/007803)
- Genetische Marker, z.B. die Park-Gene 1-8 (Guttman, CMAJ 4, 2003, 168); CYP2D6-B (WO 03/012137), Chromosom 2q 36-37 (Pankratz, Am J Hum Gen 72, 2003,e-pub), a-Synuclein (Polymeropoulos, Science. 276, 1997, 2045) oder Mutationen in CYP2D6-B und GSTM1-Deletion (WO 03/012137).
- Bildgebende Verfahren, wie die Ultraschalluntersuchung der SN-Größe, gegebenenfalls in Kombination mit anderen Verfahren (Becker et al, J Neurol 249, 2002, Suppl 3:III, 40) oder MRI (Hutchinson M, Raff U., J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1999 Dec;67(6):815-8).
- Bildgebende Verfahren wie PET oder SPECT (Prunier C, Bezard E, et al., Neuroimage. 2003 Jul;19(3):810-6).
- Sensorische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, wie Schlaf- und Riechstörungen, insbesondere Schlafstörungen vom Typ der ‚REM Behavior Disorder‘, (Henderson, J Neurol Neurosurg Psychiatry 74, 2003, 956) oder kognitive Abnormalitäten (Rammsayer, Int J Neurosci. 91,1997,45).
- Organische Probleme, wie Obstipation (Krygowska-Wajs, Funct Neurol 15,2000,41).
- Depressionen (Camicioli R. Drugs Today (Barc). 2002 Oct;38(10):677-86).
- Kürzfristige Bewegungsanomalien, wie z.B. Chorea oder orthostatische Auffälligkeiten.

25

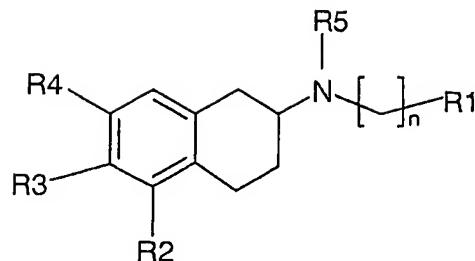
Dadurch eröffnet sich die Chance, den Krankheitsprozess zu einem Zeitpunkt zu beeinflussen, zu dem noch mehr Neurone vorhanden sind als zum Zeitpunkt des Auftretens mehrerer motorischer Kardinalsymptome der Parkinon'schen Krankheit und damit eine quantitativ höhere Anzahl von Neuronen zu schützen. Eine Gabe eines effektiven Neuroprotektivums zu einem frühen Stadium lässt erwarten, dass der Krankheitsprozess deutlich verzögert werden kann: Je früher eine Therapie einsetzen kann, um so höher sind die Chancen eine langanhaltende Verhinderung des Beginns der die Lebensqualität einschränkenden Symptome zu erreichen.

Es besteht daher der Bedarf an Arzneimitteln, die nicht nur die dopaminerge Übertragung beeinflussen und die Symptomatik der Parkinson'schen Krankheit in fortgeschrittenen Stadien lindern können, sondern die den fortschreitenden Untergang dopaminerger Neuronen in frühen, motorisch weitgehend asymptomatischen Parkinsonstadien 5 umkehren, verhindern oder zumindestens deutlich verlangsamen können (Dawson, *Nature Neuroscience Supplement* 5, 2002, 1058).

Aus der US 4,564,628, der US 4,885,308, der US 4,722,933 und der WO 01/38321 sind substituierte 2-Aminotetraline bekannt. Es handelt sich um Substanzen mit dopaminerger 10 Wirkung, die zur symptomatischen Behandlung von Morbus Parkinson bekannt sind. Insbesondere das Rotigotin [(-)-5,6,7,8-Tetrahydro-6-[propyl[2-(2-thienyl)ethyl]amino]-1-naphthol] hat sich in klinischen Studien als effektives, transdermal verfügbares Antiparkinsonmittel erwiesen. Die WO 02/089777 beschreibt beispielsweise die 15 transdermale Gabe von Rotigotin bei Parkinson-Patienten und die damit verbundene Verbesserung des UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale)-Scores. Der UPDRS-Score ist ein wichtiges Instrument zur Diagnose und zum Monitoring der Progression bzw. der Therapie von Parkinson-Patienten (Fahn S, Elton RL, Members of the UPDRS Development Committee (1987) Unified Parkinson's Disease Rating Scale. In: Fahn, S, CD Marsden, DB Calne, M Goldstein (eds) Recent Developments in Parkinson's 20 Disease. Vol II. Macmillan Healthcare Information, Florham Park (NJ), pp 153-163, 293-304). Allerdings wird mit dem UPDRS-Score lediglich der Effekt eines Wirkstoffs auf die Parkinson-Symptomatik erfasst. Er erlaubt keine Aussagen darüber, ob ein Wirkstoff den der Symptomatik zugrunde liegenden dopaminergen Zelluntergang beeinflusst.

25 Metman et al (Clin Neuropharmacol 24,2001, 163) beschreiben ebenfalls die Wirkung von Rotigotin auf Parkinson-assoziierte Bewegungsstörungen. Die behandelten Patienten hatten bereits ausgeprägte Dyskinesien, die durch Rotigotin-Gabe verbessert wurden.

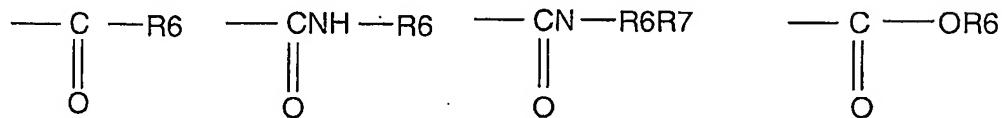
Experimentelle Untersuchungen zeigten nun überraschend, dass die bisher nur zur 30 symptomatischen Therapie der Parkinson'schen Krankheit eingesetzten substituierten 2-Aminotetraline der allgemeinen Formel I



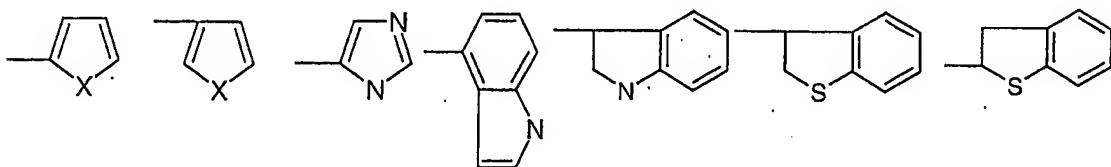
5 worin gilt:

n ist 1-5;

R2 ist OA; R3 und R4 sind jeweils unabhängig voneinander ausgewählt aus H und OA; wobei A ausgewählt ist aus H, Alkyl, Alkoxyethyl oder einer Gruppe



10 worin R6 und R7 jeweils unabhängig voneinander Alkyl, insbesondere C1-20 Alkyl, oder Aryl, insbesondere optional substituiertes Phenyl, sind; R5 ein C1-3 Alkyl ist; R1 eine Gruppe ist, die ausgewählt ist aus Wasserstoff, 3-Pyridyl, 4-Pyridyl, optional substituiertem Phenyl,



worin X ausgewählt ist aus S, O oder NH;

20 wobei die Verbindung der Formel I als Razemat oder als reines (R)- oder (S)-Enantiomer vorliegen kann,

sowie physiologisch akzeptable Salze dieser Verbindungen neuroprotektive Eigenschaften besitzen, so daß diese als Arzneimittel bzw. Prophylaktikum zur Verhinderung des dopaminergen Zellverlusts insbesondere in sehr frühen Stadien der

5 Parkinson'schen Krankheit oder bei Risikokandidaten eingesetzt werden können.

Besagte Aminotetraline, insbesondere Rotigotin, zeigen dabei neuroprotektive Wirkung in einem Parkinsonmodell der Maus: Nach akuter Gabe von MPTP, das bei Menschen wie bei Affen ein Parkinson-Syndrom erzeugt, wurde zum einen die Anzahl der in der akuten

10 Phase degenerierenden Neurone gemessen und zum anderen die funktionelle Integrität des Striatums in der subakuten Phase durch Bestimmung der Dichte des Dopamin-Transporters in den terminalen Nervenendigungen erfasst. In beiden Fällen konnte gezeigt werden, dass Rotigotin neuroprotektiv wirksam war: Zum einen war die Anzahl degenerierender Neurone im Mesenzephalon nach der Gabe von Rotigotin verringert und

15 zum anderen war die dopaminerige Innervation des Striatums nahezu vollständig erhalten bzw. wieder hergestellt (Abbildung 1, Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl degenerierender Neurone dargestellt mit FluoroJade Färbung

Gruppe	Anzahl degen. Neurone	Standart-abweichung
1: Vehikel-behandelte Kontrolle	2.0	2.4
2: MPTP Intoxikation	73.5	34.0
3: MPTP Intoxikation + Rotigotine 0.3 mg/kg	66.7	30.5
4: MPTP Intoxikation + Rotigotine 1.0 mg/kg	76.8	41.6
5: MPTP Intoxikation + Rotigotine 3.0 mg/kg	34.9	31.9
5: MPTP -Vehikel + Rotigotine 3.0 mg/kg	3.8	4.3

20

Die Untersuchungsmethodik legt nahe, dass apoptotische Prozesse verhindert werden. Apoptotische Vorgänge sollen beim Untergang dopaminerger Neurone in der Morbus Parkinson-Pathogenese eine wichtige Rolle spielen (Barzilai, Cell Mol Neurobiol 21, 2001, 215).

25

Des weiteren soll das alpha-Synuclein die neurodegenerativen Prozesse bei Morbus Parkinson maßgeblich beeinflussen. Es werden daher neuroprotektive Substanzen gewünscht, die den Synuclein-modulierten dopaminergen Zelluntergang stoppen oder

sogar umkehren können. Als prädiktiv für die geforderten neuroprotektiven Eigenschaften gilt dabei das MTPT-Modell (Dawson, *Nature Neuroscience Supplement* 5, 2002, 1058). Rotigotin zeigt sowohl in einem akuten wie in einem subakuten MTPT-Modell überraschend das gewünschte pharmakologische Profil.

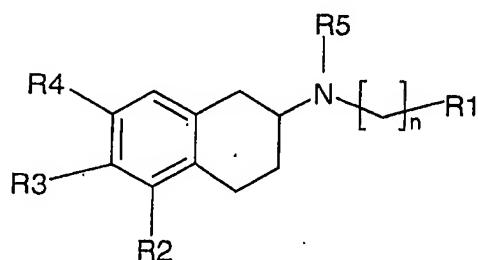
5

Mit Rotigotin und strukturverwandten substituierten 2-Aminotetralinen der allgemeinen Formel I wurden damit der Therapie Wirkstoffe zur Verfügung gestellt, die in idealer Weise zur Herstellung von Arzneimitteln, bzw. Prophylaktika zur Prävention des dopaminergen Neuronenverlustes geeignet sind.

10

Im Vergleich zur bisherigen Anwendung der Aminotetraline der Formel I, insbesondere von Rotigotin, die auf die rein symptomatische Behandlung von Morbus Parkinson-Patienten mit Bewegungsstörungen beschränkt war, wird damit als neues Anwendungsgebiet die prophylaktische Behandlung von Individuen erschlossen, die weniger als zwei der Kardinalsymptome der Parkinson'schen Krankheit aufweisen und die somit weniger der symptomatischen, als vielmehr der neuroprotektiven, prophylaktischen Therapie bedürfen.

Ein Gegenstand der Erfindung ist daher die Verwendung von substituierten 2-Aminotetralinen der allgemeinen Formel I

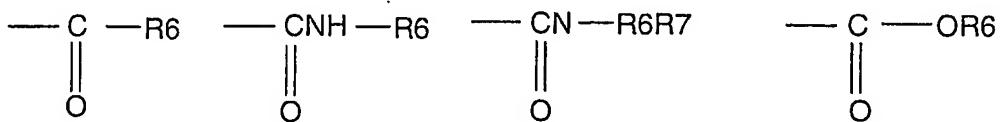


worin gilt:

n ist 1-5;

R2 ist OA; R3 und R4 sind jeweils unabhängig voneinander ausgewählt aus H und OA;

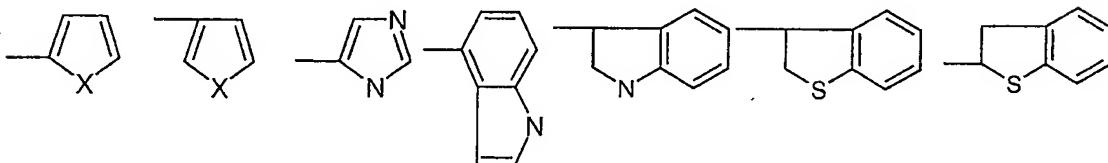
5 wobei A ausgewählt ist aus H, Alkyl, Alkoxyethyl oder einer Gruppe



worin R6 und R7 jeweils unabhängig voneinander Alkyl, insbesondere C1-20 Alkyl, oder Aryl, insbesondere optional substituiertes Phenyl, sind;

R5 ein C1-3 Alkyl ist;

10 R1 eine Gruppe ist, die ausgewählt ist aus Wasserstoff, 3-Pyridyl, 4-Pyridyl, optional substituiertem Phenyl,



15 worin X ausgewählt ist aus S, O oder NH;

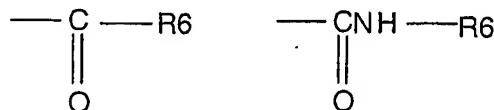
wobei die Verbindung der Formel I als Razemat oder als reines (R)- oder (S)-Enantiomer vorliegen kann,

20 sowie physiologisch akzeptable Salze dieser Verbindungen zur vorbeugenden Behandlung von Morbus Parkinson, insbesondere zur Prävention des dopaminergen Zellverlusts von Individuen, bei denen vor Eintritt der vorbeugenden Behandlung wenigstens drei der vier Kardinalsymptome aus der Gruppe Bradykinesie, Rigor, Ruhetremor und posturale Instabilität noch nicht, nur rudimentär oder partiell vorhanden sind.

25

Zur Herstellung eines Neuroprotektivums bzw. Parkinson-Prophylaktikums besonders geeignete Verbindungen sind solche, in denen R2 eine Gruppe OA ist und R3 und R4 unabhängig voneinander H oder eine Gruppe OA sind, wobei A besonders bevorzugt ein Wasserstoffatom oder eine Gruppe

5



ist, in der R6 ein C1-20 Alkyl, insbesondere C1-12 Alkyl, Phenyl oder Methoxyphenyl ist.

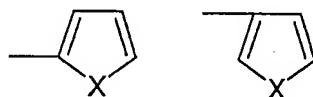
In einer anderen bevorzugten Ausführungsform der Erfindung ist R4 ein H.

In einer anderen bevorzugten Ausführungsform der Erfindung ist R3 ein H.

In einer anderen bevorzugten Ausführungsform der Erfindung sind R3 und R4 beide H.

In einer anderen bevorzugten Ausführungsform der Erfindung ist n= 1, 2 oder 3.

15 Bevorzugt wird R1 ausgewählt aus der Gruppe



wobei X ausgewählt ist aus S, O und NH und wobei X ganz besonders bevorzugt ein Schwefelatom ist.

20 Ganz besonders bevorzugt ist R1 2-Thienyl.

In einer weiteren bevorzugten Ausführungsform der Erfindung stellt R5 ein C3-Alkyl, insbesondere n-Propyl dar.

25 In einer besonders bevorzugten Ausführungsform der Erfindung wird zur Herstellung des Parkinson-Prophylaktikums das Razemat von (+/-) 5,6,7,8-Tetrahydro-6-[propyl[2-(2-thienyl)ethyl]amino]-1-naphthol und ganz besonders bevorzugt das reine S-Enantiomer dieser Verbindung (Rotigotin) verwendet.

Unter den Begriffen „C1-20 Alkyl“, „C1-12 Alkyl“, „C1-3 Alkyl“ werden jeweils verzweigte oder unverzweigte Alkylgruppen mit der entsprechenden Zahl C-Atome verstanden.

Beispielsweise umfasst ein „C1-20 Alkyl“ alle Alkyle mit 1 bis 20 C-Atomen. Die Alkyle können optional substituiert sein, z.B. mit Halogenen. Bevorzugt liegen die Alkyle unsubstituiert vor.

Unter dem Begriff „Alkoxymethyl“ wird die Gruppe –CH2-O-Alkyl verstanden. Ein bevorzugtes Alkyl ist ein C1-12 Alkyl oder ein C1-3 Alkyl.

10 Die prophylaktisch mit den substituierten 2-Aminotetralinen zu behandelnden Individuen können dabei gesund scheinende Individuen sein, deren genetische oder epidemische Prädisposition kein erhöhtes Risiko einer Parkinson'schen Krankheit erkennen lassen. Des Weiteren kommen natürlich Individuen mit erhöhtem Risiko in Frage oder aber Patienten, bei denen klinische, klinisch-chemische oder klinisch-physikalische

15 Frühsymptome nachweisbar sind, ohne dass diese Patienten jedoch bereits zwei oder mehrere der Kardinalsymptome der Parkinson'schen Krankheit aufweisen. Schließlich kann Rotigotine als Neuroprotektivum auch dann angewendet werden, wenn die Diagnose nicht eindeutig ist, aber eine Entwicklung einer Symptomatik in Richtung Parkinson-ähnlicher Neurodegeneration erwarten lässt.

20

Der Prävention des neuronalen Zellverlusts bedürfen insbesondere

- (a) Individuen mit einem erhöhten Risiko für Morbus Parkinson oder
- (b) Individuen mit Frühsymptomatik für Morbus Parkinson

25

Die Begriffe „Morbus Parkinson“ und „Parkinson'sche Krankheit“ werden in dieser Patentanmeldung als Synonyme verwendet und umfassen idiopathischen und genetischen Parkinson. Davon abzugrenzen ist das sogenannte Parkinson-Plus-Syndrom sowie der sekundäre Parkinsonismus.

30 Unter dem Begriff „Kardinalsymptome“ von Morbus Parkinson werden in dieser Patentanmeldung eines oder mehrere der Symptome Bradykinesie, Rigor, Ruhetremor und posturale Instabilität verstanden.

Unter „Individuen mit einem erhöhten Risiko für Morbus Parkinson“ werden in dieser

35 Patentanmeldung insbesondere Individuen verstanden, die noch keine nachweisbaren

Symptome der Parkinson'schen Krankheit aufweisen, die aber bestimmte Risikofaktoren aufweisen.

Solche Risikofaktoren können genetische Mutationen sein (Nussbaum NEJM 348,2003,

5 25). Beispielsweise wird das Parkin-Gen auf Chromosome 6q25.2-27 (PARK2) assoziiert mit juvenilem Parkinsonismus und tritt in Familien mit autosomal rezessiver Parkinson-Vererbung verstärkt auf (Matsumine, Am. J. Hum. Genet., 60, 1997, 588; Kitada, Nature 392, 1998, 605; Abbas, Hum. Mol. Genet. 8, 1999, 567; Tassin, Am. J. Hum. Genet., 63, 1998, 88 und Lucking, N. Engl. J. Med. 342, 2000, 1560-7). Weitere Gen-Loci, z.B.

10 PARK6 and PARK7 wurden ebenfalls vermehrt in Familien mit juveniler, rezessiv vererbter Parkinson'schen Krankheit gefunden (Valente, Am. J. Hum. Genet. 68, 2001, 895; van Dujin, Am. J. Hum. Genet. 69, 2001, 629). Mutationen im alpha-synuclein-Gen (PARK1) wurden in Familien mit juvenilem, autosomal dominant vererbtem Morbus Parkinson nachgewiesen (Polymeropoulos, Science 276, 1997, 2045). Neben genetischen

15 Prädispositionen können auch Umwelteinflüsse, wie die starke Exposition z.B. mit Insektiziden (Vanacore, Neurol Sci., Sep;23 Suppl 2, 2002, S119) Risikofaktoren darstellen.

Unter „Individuen mit Parkinson-Frühsymptomatik“ werden in dieser Patentanmeldung

20 insbesondere solche Individuen verstanden, bei denen mindestens drei der vier Kardinalsymptome (Rigor, Ruhetremor, Bradykinesie und posturale Instabilität) noch nicht, nur rudimentär oder partiell vorhanden sind, die aber diagnostisch nutzbare klinische, klinisch-biochemische und/oder klinisch-pysikalische Frühsymptome aufweisen.

25 Klinisch-biochemische Marker können Veränderungen des alpha-Synuclein oder Neuromelanin-Musters sein. Solche Veränderungen können z.B. beruhen auf der Expression genetischer Varianten z.B. des alpha Synucleins, der Entstehung von Aggregaten oder Filamenten, z.B. des alpha-Synucleins oder der verstärkten Freisetzung aus zellulären Speichern, z.B. aus dem Cytoplasma untergehender Zellen, wie beim

30 Neuromelanin. Weitere Frühsymptome können strukturelle oder funktionelle Änderungen des Gehirns sein, die sich beispielsweise physikalisch durch PET- und SPECT-Studien, durch transkranielle Sonographie (Becker, J Neurol 249, Suppl 3, 2002, III/40); Prunier C, et al., Neuroimage. 2003 Jul;19(3):810-6) oder durch den Nachweis von biochemischen Markern wie Neuromelanin nachweisen lassen (Wo 02/31499). Klinische Frühsymptome

35 können Riechstörungen, Depressionen, Störungen visueller und kognitiver Funktionen

oder Schlafstörungen sein, wobei zur Frühdiagnose auch eine Mischung verschiedener Tests herangezogen werden kann (Becker, J Neurol 249, Suppl 3, 2002, III/40).

Wie bereits weiter oben diskutiert, sind zum Zeitpunkt des ersten Auftretens von

5 mindestens zwei der vier Kardinalsymptome bereits ca 70-80% der dopaminergen Neuronen der Substantia nigra untergegangen. Um das überraschende neuroprotektive Potenzial der Aminotetraline der Formel I, insbesondere von Rotigotin effektiv zu nutzen, setzt die prophylaktische Behandlung der Patienten daher bevorzugt in einem Stadium ein, in dem die Patienten einen geringeren Verlust dopaminerger Zellen der Substantia

10 Nigra (SN) aufweisen. Bevorzugt werden daher Individuen behandelt, die erst eines oder noch keines der Kardinalsymptome der Parkinson'schen Krankheit in deutlich ausgeprägter Form aufweisen.

Bevorzugt werden Individuen behandelt, die einen dopaminergen Zellverlust in der SN

15 von weniger als 70 %, 60%, 50% und besonders bevorzugt von weniger als 40%, 30%, 20% oder 10% aufweisen.

Als Hilfsmittel zur Diagnose und zur Therapiekontrolle bei motorisch bereits auffälligen Patienten können zwei Scores herangezogen werden: Der UPDRS-Score und der Hoehn

20 und Yahr-Score.

In einem bevorzugten Aspekt der Erfindung weist das prophylaktisch mit den Aminotetralinen der Formel I, insbesondere mit Rotigotin behandelte Patientenkollektiv zudem einen modifizierten Hoehn und Yahr-Score von 0 bis 2, besonders bevorzugt von 0 bis 1 und ganz besonders bevorzugt von 0 auf.

Tabelle 2: Modifizierte Stadienbestimmung nach Hoehn, The natural history of Parkinson's disease in the pre-levodopa and post-levodopa eras. Neurologic Clinics 10, 1992, 331

5

Stadium 0 = Keine Anzeichen der Erkrankung.

Stadium 1 = Einseitige Erkrankung.

Stadium 1.5 = Einseitige und axiale Beteiligung.

Stadium 2 = Beidseitige Erkrankung ohne Gleichgewichtsstörung.

10

Stadium 2.5 = Leichte beidseitige Erkrankung mit Ausgleich beim Zugtest.

Stadium 3 = Leichte bis mäßige beidseitige Erkrankung:

leichte Haltungsinstabilität; körperlich unabhängig.

Stadium 4 = Starke Behinderung; kann noch ohne Hilfe laufen oder stehen.

Stadium 5 = Ohne Hilfe an den Rollstuhl gefesselt oder bettlägerig.

15

Üblicherweise werden Patienten mit einem UPDRS-Score, Teil III (siehe Ausführungsbeispiel 5) von mindestens 10 als für die dopaminerige Therapie in Frage kommend eingestuft. Das zur Nutzung der neuroprotektiven Wirkung von substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere von Rotigotin geeignete Patientenkollektiv weist aber bevorzugt einen sehr niedrigen oder nicht nachweisbaren motorischen UPDRS-Score (Teil III) auf. Im Sinne der vorliegenden Erfindung sollte die vorbeugende Behandlung mit substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere mit Rotigotin daher bevorzugt bei Patienten erfolgen, die einen UPDRS Motor-Score von weniger als 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 oder 1 aufweisen. Besonders bevorzugt weisen die Patienten noch keinerlei motorische Störungen auf.

Die Begriffe „Prävention“, „Prophylaxe“ und „vorbeugende Behandlung“ werden in dieser Patentanmeldung als Synonyme verwendet. Sie umfassen insbesondere die Gabe eines Arzneimittels an Individuen, bei denen mindestens drei der vier Kardinalsymptome von Morbus Parkinson (Rigor, Ruhetremor, Bradykinesie, posturale Instabilität) noch nicht, nur rudimentär oder partiell vorhanden sind, um das Auftreten oder die signifikante Ausprägung der motorischen Symptomatik der Parkinson'schen Krankheit und/oder weiteren dopaminergen Neuronenverlust, insbesondere in der Substantia nigra, zu

verhindern oder zu verzögern. Bevorzugt weisen die prophylaktisch zu behandelnden Individuen noch keines der Kardinalsymptome in deutlich ausgeprägter Form vor.

Verbindungen der Formeln I sind optisch aktiv und können als Razemate oder als reine R oder S Enantiomere vorliegen. Unter dem Begriff „reines Enantiomer“ wird in dieser Patentanmeldung verstanden, dass eine Substanz vorzugsweise zu mindestens 90 Mol% in Form des einen Enantiomer, z.B. der (S)-Form, vorliegt, während der Anteil des jeweils anderen Enantiomers, z.B. der (R)-Form, entsprechend gering ist. Wird zur Herstellung des erfindungsgemäßen Arzneimittels beispielsweise Rotigotin [((-)-5,6,7,8-Tetrahydro-6-[propyl[2-(2-thienyl)ethyl]amino]-1-naphthol] verwendet, liegt das R(+)-Enantiomer bevorzugt mit einem Anteil von < 10 Mol%, besonders bevorzugt mit einem Anteil von < 2 Mol% und ganz besonders bevorzugt mit einem Molanteil von < 1 % bezogen auf die Gesamtrotigotinmenge im Parkinson-Prophylaktikum vor.

Verbindungen der Formel I können als freie Basen oder in Form der physiologisch akzeptablen Salze, z.B. in Form des Rotigotin-Hydrochlorids, im Arzneimittel vorliegen.

„Physiologisch akzeptable Salze“ schließen nicht-toxische Additionssalze einer Base, insbesondere einer Verbindung der Formel (I) in Form der freien Base, mit organischen oder anorganischen Säuren ein. Beispiele für anorganische Säuren schließen HCl, HBr, Schwefelsäure und Phosphorsäure ein. Organische Säuren schließen Essigsäure, Propionsäure, Brenztraubensäure, Buttersäure, α -, β - oder γ -Hydroxybuttersäure, Valeriansäure, Hydroxyvaleriansäure, Capronsäure, Hydroxycapronsäure, Caprylsäure, Caprinsäure, Laurinsäure, Myristinsäure, Palmitinsäure, Stearinsäure, Glykolsäure, Milchsäure, D-Glucuronsäure, L-Glucuronsäure, D-Galacturonsäure, Glycerin, Benzoesäure, Hydroxybenzoesäure, Gallussäure, Salicylsäure, Vanillinsäure, Cumarsäure, Kaffeesäure, Hippursäure, Orotsäure, L-Weinsäure, D-Weinsäure, D,L-Weinsäure, meso-Weinsäure, Fumarsäure, L-Äpfelsäure, D-Äpfelsäure, D,L-Äpfelsäure, Oxalsäure, Malonsäure, Bernsteinsäure, Maleinsäure, Oxalessigsäure, Glutarsäure, Hydroxyglutarsäure, Ketoglutarsäure, Adipinsäure, Keto adipinsäure, Pimelinsäure, Glutaminsäure, Asparaginsäure, Phthalsäure, Propantricarbonsäure, Zitronensäure, Isozitronensäure, Methansulfonsäure, Tuolsulfonsäure, Benzylsulfonsäure, Camphersulfonsäure und Trifluormethansulfonsäure ein.

Zur Verabreichung von substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere von Rotigotin stehen verschiedene Applikationswege zur Verfügung, die der Fachmann je nach Bedarf, Zustand und Alter des Patienten, erforderlicher Dosierung und gewünschtem Applikationsintervall auswählen und anpassen kann.

5

Eine bevorzugte Art der Verabreichung von substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere von Rotigotin ist die transdermale Gabe. Die Darreichungsform kann grundsätzlich ausgewählt sein aus z.B. Salbe, Paste, Spray, Folie, Pflaster oder einer iontophoretischen Vorrichtung.

10

Bevorzugt werden substituierte 2-Aminotetraline der Formel I, insbesondere Rotigotin dabei in Pflasterform auf die Haut des Patienten gebracht, wobei der Wirkstoff bevorzugt in einer Matrix aus adhesivem Polymer, z.B. einem selbstklebendem adhesivem Polysiloxan, vorliegt. Beispiele für geeignete transdermale Formulierungen finden sich in

15

WO 99/49852, WO 02/89777 und WO 02/89778. Eine solche Darreichungsform ermöglicht die Einstellung eines weitgehend konstanten Plasmaspiegels und damit eine konstante dopaminerige Stimulation über das gesamte Applikationsintervall (WO 02/89778; Metman, Clinical Neuropharmacol. 24, 2001, 163).

20

Wird dagegen ein Arzneimittel in Form einer subkutanen oder intramuskulären Depotform gewünscht, können substituierte 2-Aminotetraline der Formel I, insbesondere Rotigotin beispielsweise als Salzkristalle, z.B. als kristallines Rotigotin-Hydrochlorid, in einem hydrophobem, wasserfreiem Medium suspendiert und injiziert werden, wie in WO 02/15903 beschrieben oder auch in Form von Mikrokapseln, Mikropartikeln oder

25

Implantaten auf Basis bioabbaubarer Polymere, wie beispielsweise in WO 02/38646 beschrieben, verabreicht werden.

Andere denkbare Formen der Verabreichung von substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere von Rotigotin sind transmukosale Formulierungen, z.B.

30

Sublingualsprays, rektale Formulierungen oder Aerosole zur pulmonalen Verabreichung.

Geeignete Dosierungen von substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere von Rotigotin liegen zwischen 0,05 und ca. 50 mg/Tag, wobei vorzugsweise Tagesdosen zwischen 0,1 und 40 mg und insbesondere zwischen 0,2 und 20 mg/Tag verabreicht werden. Dabei kann die Dosierung einschleichend erfolgen, das heißt, die Behandlung

kann gegebenenfalls mit niedrigen Dosierungen beginnen, die dann bis zur Erhaltungsdosis gesteigert werden.

Dem Fachmann ist klar, dass das Dosierungsintervall in Abhängigkeit von der applizierten

5 Menge, der Applikationsart und dem Tagesbedarf des Patienten variieren kann. So kann eine transdermale Applikationsform beispielsweise zur einmal täglichen, dreitägigen oder siebentägigen Verabreichung konzipiert sein, während ein subkutanes oder intramuskuläres Depot Injektionen beispielsweise im Ein-, Zwei- oder Vierwochen-Rhythmus ermöglichen kann.

10

In der prophylaktischen Arzneiform können neben substituierten 2-Aminotetralinen der Formel I, insbesondere neben Rotigotin noch andere Wirkstoffe vorliegen, die die Progression des dopaminergen Zellverlusts verhindern.

15

Beispiele hierfür sind antiapoptotisch wirksame Substanzen (Minocycline, FK-506, Cyclosporin A, zVAD) sowie Neurotrophine, wie z.B. der Glial-cell-derived neurotrophic factor (GDNF).

25

In einem Kombinationspräparat kann eine sequentielle Gabe beispielsweise erreicht werden, indem eine Darreichungsform, z.B. eine orale Tablette, zwei unterschiedliche Schichten mit differierendem Freisetzungsprofil für die verschiedenen pharmazeutisch aktiven Bestandteile aufweist. Dem Fachmann ist klar, dass im Kontext der vorliegenden Erfindung verschiedene Darreichungsformen und Applikationsschemata denkbar sind, die alle Gegenstand der Erfindung sind.

30

Ein weiterer Gegenstand der Anmeldung ist ein Kit zur Frühdagnostik und Behandlung von Morbus Parkinson. Ein solches Kit enthält (a) ein Diagnostikum, dass die Diagnose von Morbus-Parkinson bzw. der Veranlagung zur Erkrankung an Morbus Parkinson in einem frühen oder asymptomatischen Stadium ermöglicht sowie (b) eine pharmazeutische Formulierung umfassend substituierte 2-Aminotetraline der allgemeinen Formel I, insbesondere Rotigotin.

Beispielsweise kann ein solches Kit umfassen:

(a) ein Mittel oder Diagnosekit zum Nachweis von Neuromelanin
(b) eine pharmazeutische Formulierung enthaltend substituierte 2-Aminotetraline der allgemeinen Formel I, insbesondere Rotigotin.

5

In einer anderen Ausführungsform der Erfindung kann das Kit enthalten:

(a) ein Mittel oder ein Diagnosekit zum Nachweis von Semaphorin 3
(b) eine pharmazeutische Formulierung enthaltend substituierte 2-Aminotetraline der 10 allgemeinen Formel I, insbesondere Rotigotin.

In einer anderen Ausführungsform der Erfindung kann das Kit enthalten:

(c) ein Mittel oder ein Diagnosekit zum Nachweis von alpha-Synuclein und/oder seinen 15 Aggregaten
(d) eine pharmazeutische Formulierung enthaltend substituierte 2-Aminotetraline der allgemeinen Formel I, insbesondere Rotigotin.

In einer weiteren Ausführungsform der Erfindung kann das Kit enthalten:

20

(a) ein Mittel oder ein Diagnosekit zum genetischen Nachweis einer mit dem Auftreten von Morbus-Parkinson verbundenen Mutation und/oder eines mit dem gehäuften Auftreten von Morbus Parkinson assoziierten Allels, insbesondere aus der Gruppe der PARK-Gene 1,2,3,4,5,6,7, oder 8 sowie der CYP2D6-B und GSTM1-Genloci
(b) eine pharmazeutische Formulierung enthaltend substituierte 2-Aminotetraline der 25 allgemeinen Formel I, insbesondere Rotigotin.

Ausführungsbeispiele:

30

Ausführungsbeispiel 1: Rotigotin-Pflaster

1.8 g Rotigotin (freie Base) werden in 2.4 g Ethanol gelöst und zu 0.4 g Kollidon 90F (gelöst in 1g Ethanol) gegeben. Diese Mischung wird zu einer 74%igen Lösung von 35 Silikonpolymeren (8.9 g BioPSA 7-4201 + 8.9 g BIO-PSA 7-4301[Dow Corning]) in Heptan gegeben. Nach Zugabe von 2.65 g Petrolether wird die Mischung für 1 Stunde bei 700

UpM gerührt um eine homogene Dispersion zu erhalten. Nach Laminierung auf Polyester wurde bei 50°C getrocknet. Das Pflastergewicht betrug schließlich 50 g/cm².

Ausführungsbeispiel 2: Rotigotin-Depotsuspensionen

5

(a) 1411,2 g Miglyol 812 wurde in eine Duran Flasche eingewogen. 14,4 g Imwitor 312 wurde dem Miglyol zugegeben und im Anschluß für 30 Minuten unter Rühren auf 80°C erwärmt. Die klare Lösung wurde auf Raumtemperatur abgekühlt und gefiltert.

10

(b) 1188 g der unter (a) hergestellten Lösung wurde in einen Glaslaborreaktor überführt, 12 g N-0923 zugesetzt und für 10 Minuten mit einem Ultraturrax bei 10.000 UpM unter Stickstoff homogenisiert. Die Suspension wurde bei laufendem Ultraturrax (2.000 UpM) in Braunglasflaschen abgefüllt.

15

3. Ausführungsbeispiel: Subakutes MPTP-Modell

Zur Intoxikation werden Mäusen 80 mg/kg des Neurotoxins 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydro-pyridine (MPTP) verabreicht (in Portionen von 20 mg/kg in zweistündigen Abständen), was dazu führt, dass ca. 50 – 60 % der Neurone der Substantia nigra

20

degenerieren. Rotigotine wird täglich in Dosen zu je 0,3, 1 oder 3 mg/kg über 7 Tage als sogenannte ‚Slow-Release-Formulierung‘ verabreicht. Am 8. Tag werden die Tiere getötet, die Gehirne entnommen und eingefroren. Gefrierschnitte werden mit 100 pm [¹²⁵I]-PE21 ([¹²⁵I]- (E)-N(3-iodoprop-2-enyl)-2β-carboxymethyl-3β-(4'-methylphenyl)-nortropane) in Phosphat Puffer, pH 7,4, inkubiert, um die Menge der im Striatum noch vorhandenen Dopamin-Transporter zu markieren, was als Indiz für die Menge funktionierender Nervenendigungen dient. Rotigotin verbessert das Überleben der Neurone und ihrer Nervenendigungen dosisabhängig. Dies ist ein klarer Hinweise für die neuroprotektiven Eigenschaften der Substanz (Abbildung 2).

30

4. Ausführungsbeispiel: Akutes MPTP-Modell (einschließlich Apoptose)

Zur Intoxikation werden Mäusen 80 mg/kg des Neurotoxins 1-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydro-pyridine (MPTP) verabreicht (in Portionen von 20 mg/kg in zweistündigen Abständen), was dazu führt, dass ca. 50 – 60 % der Neurone der Substantia nigra

35

degenerieren. Ca 16. Stunden vorher wird Rotigotine in Dosen zu je 0,3, 1 oder 3 mg/kg

als sogenannte 'Slow-Release-Formulierung' verabreicht. Diffusions- und Absorptionslatenzen führen dazu, daß Rotigotine dann optimal verfügbar ist, wenn MPTP gegeben wird. Nach 24 Stunden werden die Tiere getötet und die Gehirne fixiert. Die Gehirnschnitte werden mit FluoroJade zur Identifizierung degenerierender Zellen gefärbt.

5 Die immunhistochemische Markierung der Tyrosin-Hydroxylase dient der Identifizierung dopaminerger Neurone. Die Färbung der Tyrosin-Hydroxylase ergibt keine Unterschiede zwischen behandelten und unbehandelten Tieren; die Färbung mit FluoroJade zeigt eine große Zahl degenerierender Neurone; die Neurone sind allerdings noch nicht vollständig entfernt; dies legt nahe, dass der Zelluntergang apoptotisch verläuft. Die Anzahl der 10 degenerierenden Neurone ist um ca. 50 % geringer nach Applikation von Rotigotin, was die neuroprotektive Eigenschaft der Substanz weiter belegt (Tabelle 1).

5. Ausführungsbeispiel: Bestimmung des motorischen UPDRS-Scores

15 Der motorische UPDRS Score (Teil III des UPDRS-Scores) wird durch Untersuchung der Patienten anhand der in der folgenden Tabelle 2 wiedergegebenen Kriterien 18-31 bestimmt, wobei die sich aus den jeweiligen Kriterien ergebenden Punktwerte jeweils aufaddiert werden.

20 Tabelle 2:

III. MOTORISCHE UNTERSUCHUNG

18. Sprache:

- 0 - Normal.
- 1 - Leichte Abnahme von Ausdruck, Diktion und/oder Volumen.
- 2 - Monoton, verwaschen, aber verständlich; mäßig behindert.
- 3 - Deutliche Beeinträchtigung, schwer zu verstehen.
- 4 - Unverständlich.

19. Gesichtsausdruck:

- 0 - Normal.
- 1 - Minimal veränderte Mimik, könnte ein normales " Pokergesicht" sein.
- 2 - Leichte, aber eindeutig abnorme Verminderung des Gesichtsausdruckes.
- 3 - Mäßig verminderte Mimik; Lippen zeitweise geöffnet.
- 4 - Maskenhaftes oder erstarrtes Gesicht mit stark oder völlig fehlendem Ausdruck; Lippen stehen um 7 mm auseinander.

20. Ruhetremor: (G = Gesicht, RH = rechte Hand, LH = linke Hand, RF = rechter Fuß, LF = linker Fuß)

G RH LH RF LF

- 0 - Keine.

- 1 - Leicht und selten vorhanden.

- 2 - Geringe Amplitude persistierend; oder mäßige Amplitude, aber nur intermittierend auftretend.

- 3 - Mäßige Amplitude, die meiste Zeit vorhanden.

- 4 - Ausgeprägte Amplitude, die meiste Zeit vorhanden.

21. Aktions- oder Haltungstremor der Hände: (R = rechts, L = links)

R L

0 - Fehlt.
 1 - Leicht; bei Bewegung vorhanden.
 2 - Mäßige Amplitude, bei Bewegung vorhanden.
 3 - Mäßige Amplitude, bei Beibehalten der Haltung und bei Bewegung vorhanden.
 4 - Ausgeprägte Amplitude; beim Essen störend.

22. Rigidität: (Geprüft bei passiver Bewegung der großen Gelenke am sitzenden Patienten. Zahnradphänomen kann ignoriert werden). (N = Nacken, ROE = rechte obere Extremität, LOE = linke obere Extremität, RUE = rechte untere Extremität, LUE = linke untere Extremität)

N ROE LOE RUE LUE

0 - Fehlt.
 1 - Leicht oder nur erkennbar bei Aktivierung durch spiegelbildliche oder andere Bewegungen.
 2 - Leicht bis mäßig.
 3 - Ausgeprägt, jedoch voller Bewegungsumfang bleibt erreicht.
 4 - Stark; Schwierigkeit beim Ausführen aller Bewegungen.

23. Fingerklopfen: (Patient berührt in rascher Reihenfolge und bei größtmöglicher Amplitude und mit jeder Hand gesondert den Daumen mit dem Zeigefinger). (R = rechts, L = links).

R L

0 - Normal.
 1 - Leichte Verlangsamung und/oder Verringerung der Amplitude.
 2 - Mäßig eingeschränkt. Eindeutige und frühzeitige Ermüdung. Bewegung kann gelegentlich unterbrochen werden.
 3 - Stark eingeschränkt. Verzögerter Start der Bewegungen oder Unterbrechung fortlaufender Bewegungen.

24. Handbewegungen: (Patient öffnet und schließt die Hände in rascher Reihenfolge bei größtmöglicher Amplitude und mit jeder Hand gesondert). (R = rechts, L = links)

R L

0 - Normal.
 1 - Leichte Verlangsamung und/oder Verringerung der Amplitude.
 2 - Mäßig eingeschränkt. Eindeutige und frühzeitige Ermüdung. Bewegung kann gelegentlich unterbrochen werden.
 3 - Stark eingeschränkt. Verzögerter Start der Bewegungen oder Unterbrechung fortlaufender Bewegungen.

25. Rasch wechselnde Bewegungen der Hände: (Pronation-Supinationsbewegungen der Hände, vertikal oder horizontal, mit größtmöglicher Amplitude, beide Hände gleichzeitig).

R L

0 - Normal.
 1 - Leichte Verlangsamung und/oder Verringerung der Amplitude.
 2 - Mäßig eingeschränkt. Eindeutige und frühzeitige Ermüdung. Bewegung kann gelegentlich unterbrochen werden.
 3 - Stark eingeschränkt. Verzögerter Start der Bewegungen oder Unterbrechung fortlaufender Bewegungen.
 4 - Kann die Aufgabe kaum ausführen.

26. Agilität der Beine: (Der Patient klopft in rascher Reihenfolge mit der Ferse auf den Boden und hebt dabei das ganze Bein an. Die Amplitude soll mindestens 7,5 cm betragen.)

R L

- 5 0 - Normal.
- 1 - Leichte Verlangsamung und/oder Verringerung der Amplitude.
- 2 - Mäßig eingeschränkt. Eindeutige und frühzeitige Ermüdung. Bewegung kann gelegentlich unterbrochen werden.
- 10 3 - Stark eingeschränkt. Verzögerter Start der Bewegungen oder Unterbrechung fortlaufender Bewegungen.
- 4 - Kann die Aufgabe kaum ausführen.

27. Aufstehen vom Stuhl: (Patient versucht mit vor der Brust verschränkten Armen von einem geradelehnen Holz- oder Metallstuhl aufzustehen).

- 15 0 - Normal.
- 1 - Langsam; kann mehr als einen Versuch benötigen.
- 2 - Stößt sich an den Armlehnen hoch.
- 3 - Neigt zum Zurückfallen und muß es eventuell mehrmals versuchen, kann jedoch ohne Hilfe aufstehen.
- 20 4 - Kann ohne Hilfe nicht aufstehen.

28. Haltung:

- 25 0 - Normal aufrecht.
- 1 - Nicht ganz aufrecht, leicht vorgebeugte Haltung; könnte bei einem älteren Menschen normal sein.
- 2 - Mäßig vorgebeugte Haltung; eindeutig abnorm, kann leicht zu einer Seite geneigt sein.
- 3 - Stark vorgebeugte Haltung mit Kyphose; kann mäßig zu einer Seite geneigt sein.
- 4 - Ausgeprägte Beugung mit extrem abnormer Haltung.

29. Gang:

- 30 0 - Normal.
- 1 - Geht langsam, kann einige kurze Schritte schlurfen, jedoch keine Festination oder Propulsion.
- 2 - Gehen schwierig, benötigt aber wenig oder keine Hilfe; eventuell leichtes Trippeln, kurze Schritte oder Propulsion.
- 3 - Starke Gehstörung, benötigt Hilfe.
- 4 - Kann überhaupt nicht gehen, auch nicht mit Hilfe.

30. Haltungsstabilität: (Reaktion auf plötzliches Verlagern nach hinten durch Ziehen an den Schultern des Patienten; der mit geöffneten Augen und leicht auseinanderstehenden Füßen geradesteht. Der Patient ist darauf vorbereitet).

- 40 0 - Normal.
- 1 - Retropulsion, gleicht aber ohne Hilfe aus.
- 2 - Fehlen einer Haltungsreaktion; würde fallen, wenn er nicht vom Untersucher aufgefangen würde.
- 45 3 - Sehr instabil; neigt dazu, spontan das Gleichgewicht zu verlieren.
- 4 - Kann nicht ohne Unterstützung stehen.

31. Bradykinesie und Hypokinesie des Körpers: (Kombination aus Langsamkeit, Zögern, verminderten Mitbewegungen der Arme, geringe Bewegungsamplitude und allgemeine Bewegungsarmut)

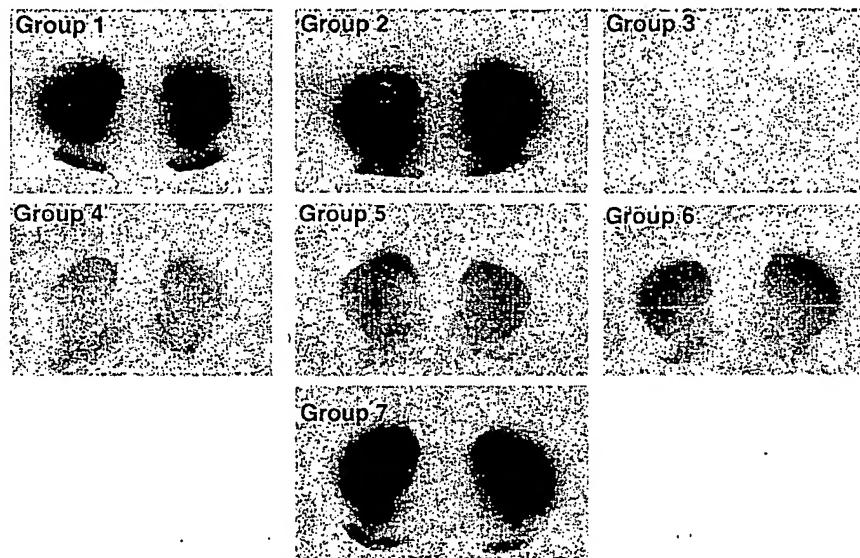
- 50 0 - Keine.
- 1 - Minimale Verlangsamung, Bewegung wirkt beabsichtigt; könnte bei manchen Menschen normal sein. Möglicherweise herabgesetzte Amplitude.

5

- 2 - Leichte Verlangsamung und Bewegungsarmut, die eindeutig abnorm sind.
Alternativ auch herabgesetzte Amplitude.
- 3 - Mäßige Verlangsamung und Bewegungsarmut oder Herabsetzung der Amplitude.
- 4 - Ausgeprägte Verlangsamung, Bewegungsarmut oder Herabsetzung der Amplitude.

5
Abbildung 1:

Repräsentative Beispiele für die neuroprotektive Wirkung von Rotigotine
gemessen an der Dichte der Dopamin-Transporter in der Nervenendigungen im
Striatum



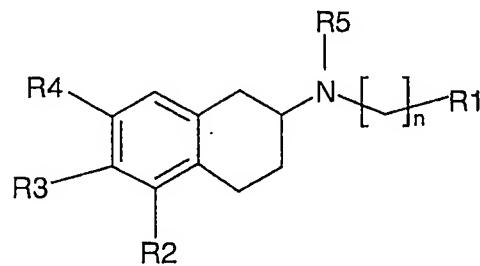
10
Gruppe 1: unbehandelte Kontrolle
Gruppe 2: Kontrolle behandelt mit Vehikellösung für Rotigotine und MPTP
Gruppe 3: MPTP-Behandlung
Gruppe 4: MPTP-Behandlung plus Rotigotine 0.3 mg/kg
Gruppe 5: MPTP-Behandlung plus Rotigotine 1.0 mg/kg
Gruppe 6: MPTP-Behandlung plus Rotigotine 3.0 mg/kg
Gruppe 7: Behandlung nur mit Rotigotine (3.0 mg/kg)

15
20

25

Patentansprüche

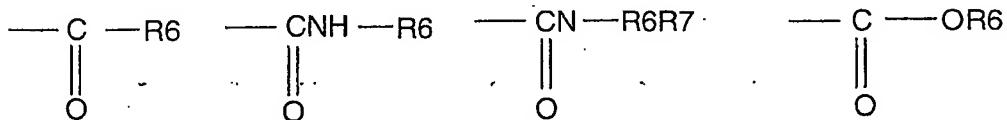
1. Verwendung einer Verbindung der allgemeinen Formel I



5 worin gilt:

n= 1-5;

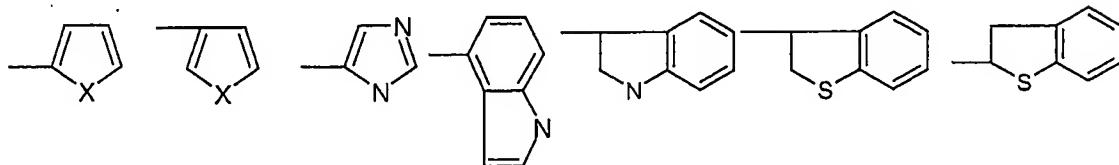
R2 ist = OA; R3 und R4 sind jeweils unabhängig voneinander ausgewählt aus H und OA; wobei A ausgewählt ist aus H, Alkyl, Alkoxy, Alkoxymethyl oder einer Gruppe,



10 in der R6 und R7 unabhängig voneinander Alkyl oder Aryl sind;

R5 ist ein C1-3 Alkyl;

R1 ist eine Gruppe, die ausgewählt ist aus Wasserstoff, 3-Pyridyl, 4-Pyridyl, optional substituiertem Phenyl,



15

worin X ausgewählt ist aus S, O oder NH;

wobei die Verbindung der Formel I als Razemat oder als reines (R)- oder (S)-Enantiomer vorliegt;

sowie physiologisch akzeptable Salze dieser Verbindungen, als Arzneimittel zur

20 vorbeugenden Behandlung von Morbus Parkinson.

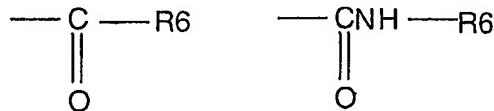
2. Verwendung nach Anspruch 2, wobei die vorbeugende Behandlung an Individuen erfolgt, bei denen mindestens drei der vier Kardinalsymptome von Morbus Parkinson (Rigor, Ruhetremor, Bradykinesie, posturale Instabilität) noch nicht oder nur partiell vorhanden sind.

5

3. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei R4 = H.

4. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei R3=H.

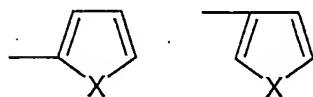
10 5. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, worin A ein Wasserstoffatom oder eine Gruppe



ist, in der R6 C1-12 Alkyl, Phenyl oder Methoxyphenyl ist.

15 6. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei n = 1-3.

7. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei R1 ausgewählt ist aus der Gruppe



20

worin X für S, O oder NH steht.

8. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei X ein Schwefelatom ist

25

9. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei R5 ein C3-Alkyl darstellt.

10. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei R1 ein 2-Thienyl ist, R3 und R4 beide H sind, R5 ein C3-Alkyl darstellt und n=3 ist.

11. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Verbindung 5 5,6,7,8-Tetrahydro-6-[propyl[2-(2-thienyl)ethyl]amino]-1-naphthol ist.

12. Verwendung nach Anspruch 11, wobei die Verbindung das reine S-Enantiomer (Rotigotine) ist.

10 13. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Individuen ausgewählt sind aus der Gruppe

15 (a) von Individuen ohne Parkinson-Symptome, aber mit einem erhöhten Risiko für Morbus Parkinson oder
(b) von Individuen mit Parkinson-Frühsymptomatik.

14. Verwendung nach Anspruch 13, wobei den Individuen unter (b) mehrere der folgenden klinischen Symptome zugeordnet werden können: Riechstörungen, Depressionen, Schlafstörungen vom Typ der ‚REM Behavior Disorder‘, Obstipationen 20 und kurzfristige Bewegungsanomalien.

15. Verwendung nach Anspruch 13, wobei die Individuen eine Mutation in einem PARK-Gen und/oder Veränderungen des alpha-Synuclein oder Neuromelanin-Musters aufweisen.

25 16. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Individuen vor Beginn der Arzneimittlgabe einen Verlust dopaminerger Zellen in der Substantia nigra von weniger als 60% aufweisen.

30 17. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Individuen vor Beginn der Arzneimittlgabe einen UPDRS-Score von weniger als 10 aufweisen.

18. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Individuen einen Höhn-Yahr-Score von 0 oder 1 aufweisen.

19. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei das Arzneimittel zur parenteralen, transdermalen oder mukosalen Administration vorgesehen ist.

20. Verwendung nach einem der vorhergehenden Ansprüche, wobei die Verbindung der 5 allgemeinen Formel I in einer Dosierung von 0,05 – 50 mg pro Tag verabreicht wird.

21. Kit zur Diagnose und Behandlung von Morbus Parkinson umfassend

10 (a) ein Diagnostikum, dass die Diagnose von Morbus-Parkinson bzw. der Veranlagung zur Erkrankung an Morbus Parkinson in einem frühen oder asymptotischen Stadium ermöglicht und
(b) eine pharmazeutische Formulierung umfassend substituierte 2-Aminotetraline der allgemeinen Formel I, wie in einem der Ansprüche 1-12 definiert.

15 22. Kit nach Anspruch 21, wobei das Diagnostikum (a) ausgewählt ist aus:

20 (i) einem Mittel oder Diagnosekit zum Nachweis von Neuromelanin
(ii) einem Mittel oder Diagnosekit zum Nachweis von Semaphorin 3
(iii) einem Mittel oder Diagnosekit zum Nachweis von alpha-Synuclein und/oder seinen Aggregaten oder
(iv) einem Mittel oder Diagnosekit zum genetischen Nachweis einer mit dem Auftreten von Morbus-Parkinson verbundenen Mutation und/oder eines mit dem gehäuften Auftreten von Morbus Parkinson assoziierten Allel

Zusammenfassung

Die Erfindung betrifft substituierte 2-Aminotetraline sowie physiologisch akzeptable Salze dieser Verbindungen als Arzneimittel zur vorbeugenden Behandlung von Morbus 5 Parkinson.